
TRATAMIENTO COGNITIVO- CONDUCTUAL DE LA FIBROMIALGIA: MÁS ALLÁ DE LA INOCULACIÓN DEL ESTRÉS

La actual evolución de los modelos terapéuticos de la Psicología de la Salud sugiere que es necesario ir más allá de las estrategias basadas en el autocontrol emocional. Es decir, aunque se acepta que la desestabilización producida por una activación emocional sostenida (en muchas ocasiones secundaria a un fracaso en el manejo de las exigencias del entorno) puede desencadenar alteraciones en varios de los sistemas corporales, las investigaciones sobre el tratamiento de las enfermedades relacionadas con esta desestabilización obtienen mejores resultados al abordar los factores que bien cronifican los episodios agudos bien mantienen el trastorno.

En este sentido, y al igual que ya sucedió con los trastornos de ansiedad, el viraje desde las técnicas de autocontrol del estrés hacia la modificación del potencial nocivo que se atribuye a la sintomatología somática está conllevando un notable avance terapéutico.

Por ejemplo, un estudio sobre el miedo al movimiento potencialmente doloroso observa que en la fibromialgia la Tampa Scale of Kinesiophobia no medía el miedo al movimiento, sino que algunos ítems se agrupaban en un único factor que medía la tendencia a sobrevalorar el carácter nocivo e incapacitante del dolor, es decir, que medían

lo que se ha venido a denominar como “catastrofismo” (Burwinkle y cols., 2005).

En una línea similar, otro estudio observó que las diferencias entre las personas con fibromialgia y otros pacientes con dolor no inflamatorio no radicaba en la percepción del dolor, sino en la incapacidad que se le atribuía y en la mayor utilización de estrategias de protección (como, por ejemplo, la supresión de actividades) que, desafortunadamente, parecen incrementar la percepción de incapacidad funcional (Pérez-Pareja y cols., 2005) y el dolor (Nicassio y Schuman, 2005).

La traducción práctica de estos resultados observa que las personas con fibromialgia que mantienen una vida laboral activa son aquellas que a pesar de haber aceptado que sufren una enfermedad, no utilizan estrategias basadas en imponerse limitaciones preventivas y luchan contra la enfermedad mediante el afrontamiento basado en la acción (Lofgren y cols., 2006).

Parece, por tanto, que la modificación del potencial nocivo e incapacitante atribuido al dolor es fundamental para diseñar un tratamiento psicológico más eficaz para la fibromialgia.

El catastrofismo se define como la tendencia a malinterpretar y sobrevalorar el cariz amenazador e incontrolable de las sensaciones somáticas (actuales o anticipadas) y de sus consecuencias.

En ocasiones esta definición se confunde con la idea de que la persona con fibromialgia malinterpreta conscientemente la sintomatología dolorosa. Es fundamental recordar que el catastrofismo supone un procesamiento automático de la información basado en experiencias previas: Es decir, es un proceso subliminal (no consciente) que requiere una modificación basada en la experiencia correctiva. Por lo tanto, es erróneo atribuir una intención consciente a la persona que catastrofiza y los intentos de modificación racional del catastrofismo (igual que la de cualquier otro sesgo en el procesamiento de la información) no sólo son ineficaces, sino potencialmente iatrogénicos.

Asimismo, el catastrofismo no es específico de la persona que sufre una fibromialgia, sino que puede aparecer en presencia de cualquier síntoma físico e incluso en personas sanas (incluida la familia y el personal sanitario) (Edwards y cols., 2006).

El catastrofismo ha demostrado asociarse a una mayor intensidad de la sintomatología

dolorosa y de las conductas de evitación/huida (Sullivan y Neish, 1999; Geisser y cols., 2003), a una mayor incapacidad funcional, y a una predicción excesiva de dolor previa a la realización de actividades. Conlleva una mayor utilización de recursos sanitarios, de consumo de fármacos y una mayor frecuencia e intensidad de las conductas de dolor (Goubert y cols., 2004). Finalmente, comporta una mayor sintomatología psicopatológica secundaria al dolor (Heyneman y cols., 1990) y es el principal factor de cronificación de los episodios de dolor agudo (Burton y cols., 1995).

Es muy probable que el catastrofismo influya en la percepción del dolor alterando la atención y la anticipación del dolor, e incrementando la respuesta emocional al dolor (Gracely y cols., 2004). Tanto es así que aunque las personas con fibromialgia presentan un menor umbral doloroso frente a estímulos térmicos y de presión, incluso inocuos (Geisser y cols., 2003), son las personas que puntúan elevado en catastrofismo, y no las que sufren una fibromialgia los que detectan mejor los estímulos eléctricos inocuos (Peters y cols., 2000).

El catastrofismo es una variable fundamental en la respuesta al dolor incluso en personas

sanas (Seminowicz y Davis, 2006) y en la fibromialgia se ha demostrado que el catastrofismo actúa incrementando los procesos de sumación temporal y, por tanto, facilitando la transmisión de la información dolorosa.

No obstante, parece que la modificación del catastrofismo no es suficiente en el tratamiento de la fibromialgia. Actualmente se plantea la necesidad de modificar también la tendencia a la persistencia en la actividad a pesar del incremento del dolor.

Como puede observarse en la Figura 1, la tendencia a persistir en las actividades a pesar del incremento del dolor suele estar precedido por un sentido excesivo de la responsabilidad.

Esta persistencia en la actividad conlleva episodios de dolor extremo que, por una parte pueden contribuir a mantener la sensibilización del sistema nervioso central y por otra obligan a un descanso excesivamente prolongado y no reparador.

Como puede observarse en la figura 2, el descanso prolongado comporta un descondicionamiento físico progresivo que puede incrementar el dolor y la sensación de incapacidad (provocando en ocasiones sentimientos de inutilidad o incluso de culpa)

que a su vez pueden conllevar sintomatología depresiva que incrementa la intensidad y disminuye la tolerancia al dolor (Tang y cols., 2008).

Finalmente, es muy frecuente que se aprovechen los períodos de mejoría para “recuperar el tiempo perdido” lo que, una vez más, comporta una re-exacerbación de la sintomatología dolorosa.

Esta oscilación entre períodos de mejoría y de reaparición de la sintomatología dolorosa contribuye a incrementar la desesperanza sobre el pronóstico de la enfermedad y abona ideas de indefensión, es decir, la sensación que haga uno lo que haga, nada va a cambiar.

No debería escapar al sentido común que una persona persiste en un patrón de comportamiento que sabe que le es perjudicial, que desaconseja a los demás y que su entorno más cercano no deja de recordarle que debería modificarlo, porque tiene un buen motivo para ello. Es decir, si la persona con fibromialgia no cree ser capaz de modificar esa forma de afrontar las exigencias de la vida cotidiana o cree que las consecuencias de hacerlo son peores que las de mantenerlo, no será posible aprender un nuevo patrón de comportamiento más saludable. Por lo tanto, la reestructuración

cognitiva de la responsabilidad excesiva es fundamental para la modificación del patrón de actividad excesiva.

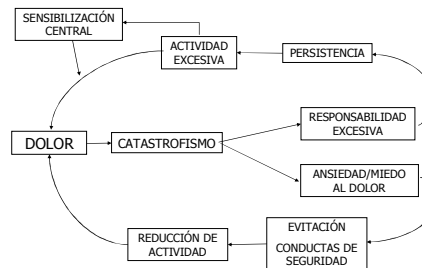


Figura 1. Modelo general del tratamiento cognitivo-conductual de la fibromialgia.

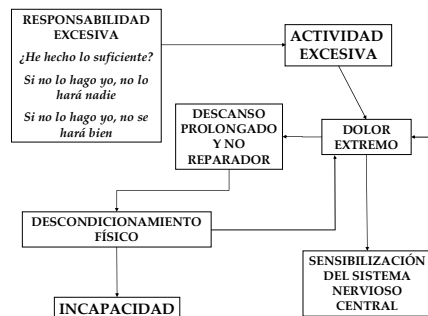


Figura 2. Especificación del modelo de responsabilidad excesiva

El abordaje de la responsabilidad excesiva requiere una identificación precisa y una reestructuración sobre la base de experiencias correctivas de las anticipaciones negativas asociadas a la modificación del patrón de conducta anteriormente descrito. Posteriormente es necesario establecer pautas para el control de la urgencia basadas en la ejecución consecutiva de tareas y la no imposición de límites arbitrarios de tiempo, así como establecer una racionalización de los objetivos diarios.

Finalmente, la persona con fibromialgia debe aprender a controlar los incrementos del dolor adecuando su nivel de actividad. En este sentido es fundamental recordar que el objetivo terapéutico no es “hacer las cosas más despacio” o “tomarse la vida con más calma”, sino interrumpir las tareas cuando el dolor empieza a incrementarse a fin de evitar exacerbaciones del dolor que contribuyan al mantenimiento de la sensibilización del sistema nervioso central.

No obstante, recuerde que cuando la persona con fibromialgia interrumpe una tarea, debe sustituirla por otra actividad que le permita descansar ya que detenerse “a no hacer nada” suele generar un incremento de la inquietud por la sensación de pérdida de tiempo que a la larga imposibilita el cumplimiento de las pautas prescritas.

Una vez modificada la responsabilidad excesiva y el patrón de comportamiento, es posible iniciar el abordaje del catastrofismo.

Como puede observarse en la figura 3, el catastrofismo comporta anticipaciones negativas relacionadas con el dolor que provocan emociones negativas que pueden incrementar el dolor. Asimismo, la anticipación de consecuencias negativas conlleva la evitación o huida de actividades o la utilización de conductas de seguridad (toda aquella estrategia utilizada para prevenir la ocurrencia de una catástrofe).

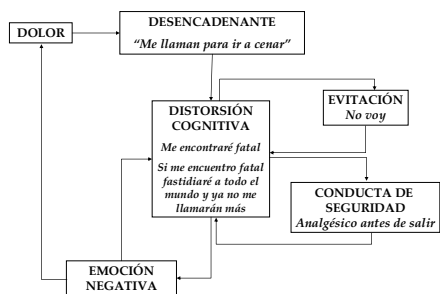


Figura 3. Especificación del modelo de catastrofismo.

Desafortunadamente, la evitación de actividades impide comprobar la no ocurrencia del acontecimiento negativo (o su controlabilidad en caso de ocurrir) y la

utilización de las conductas de seguridad comporta que se atribuya la no ocurrencia del acontecimiento negativo a la conducta de seguridad.

En ambos casos, el resultado es el mantenimiento de la adjudicación de potencial nocivo al dolor y de la sensación de incapacidad.

La modificación del catastrofismo requiere la identificación precisa y la reestructuración de las anticipaciones de ocurrencia de acontecimientos negativos. Posteriormente es necesario elaborar jerarquías de trabajo (lista de situaciones/actividades evitadas y de conductas de seguridad) a fin de planificar experimentos conductuales de dificultad progresivamente creciente que permitan desconfirmar la ocurrencia o la incontrolabilidad de los acontecimientos negativos anticipados.

Es muy importante recordar que un proceso de reestructuración cognitiva no consiste en convencer al otro de la imprecisión de sus anticipaciones, sino en empezar a considerar los pensamientos como hipótesis (y no hechos) que deben ser puestos a prueba. De la misma manera que si uno formara parte de un jurado popular no decidiría sobre la inocencia o la culpabilidad de un acusado sobre la base de la impresión que le produce,

las anticipaciones que realiza nuestro cerebro no son, hasta que se demuestre lo contrario, más que impresiones.

Asimismo, el objetivo es la flexibilización del pensamiento con el objetivo de considerar otras posibilidades de ocurrencia (no necesariamente negativas), incrementar la sensación de control y diseñar experiencias correctivas que a la postre serán las responsables últimas del cambio terapéutico.

Las anticipaciones que realiza nuestro cerebro sobre situaciones potencialmente peligrosas están destinadas a proteger nuestra integridad y, por lo tanto, están sesgadas a fin de considerar como más probable el desenlace negativo (en una situación de peligro es mejor equivocarse por un exceso de celo que por defecto).

Desafortunadamente, estas anticipaciones diseñadas filogenéticamente con el objetivo de protegernos son muy útiles para el dolor agudo producto de una lesión estructural pero son perjudiciales para el dolor crónico.

Asimismo, estas anticipaciones conllevan la utilización de estrategias de repliegue y protección que mantienen el potencial nocivo e incapacitante atribuido a la sintomatología somática y pueden contribuir

al mantenimiento del cuadro de dolor crónico.

Por lo tanto, el tratamiento cognitivo-conductual de la fibromialgia debe hacer hincapié en la reestructuración de las creencias que promueven las estrategias de protección excesiva e impiden el afrontamiento activo de la enfermedad, sin olvidar que el proceso de recuperación debe ser progresivo y, por lo tanto, debe contemplar la modificación de la responsabilidad excesiva.

Bibliografía

Burton AK, Tillotson MK, Main CJ, Hollis S. Psychosocial predictors of outcome in acute and sub-chronic low back trouble. *Spine* 1995; 20: 722–8

Burwinkle, T., Robinson, J. P., i Turk, D. C. Fear of movement: factor structure of the Tampa scale of kinesiophobia in patients with fibromyalgia syndrome. *The Journal of Pain* 2005; 6: 384-391

Edwards, R. R., Smith, M. T., Stonerock, G., i Haythornthwaite, J. A. Pain-related catastrophizing in healthy women is associated with greater temporal summation of and reduced habituation to thermal pain. *Clinical Journal of Pain* 2006; 22: 730-737

Geisser ME, Casey KL, Brucksch CB, Ribbens CM, Appleton BB, Crofford LJ. Perception of noxious and innocuous heat stimulation among healthy women and women with fibromyalgia: association with mood, somatic focus, and catastrophizing. *Pain* 2003; 102(3):243-250.

Goubert L, Crombez G, Van Damme S. The role of neuroticism, pain catastrophizing and pain-related fear in vigilance to pain: a structural equations approach. *Pain* 2004; 107(3):234-241.

Gracely RH, Geisser ME, Giesecke T et al. Pain catastrophizing and neural responses to pain among persons with fibromyalgia. *Brain* 2004; 127(4):835-843.

Lofgren, M., Ekholm, J., i Ohman, A. 'A constant struggle': Successful strategies of women in work despite fibromyalgia. *Disability and Rehabilitation* 2006; 28: 447-455

Heyneman N.E., Fremouw W.J., Gano D., Kirkland F., Heiden L. Individual differences and the effectiveness of different coping strategies for pain, *Cogn Ther Res* 1990; 14: 63–77.

Nicassio, P. M., i Schuman, C. C. The prediction of fatigue in fibromyalgia. *Journal of Musculoskeletal Pain* 2005; 13: 15-25

Perez-Pareja, J., Borrás, C., Sese, A., i Palmer, A. Pain perception and fibromyalgia. *Actas Españolas de Psiquiatría* 2005; 33: 303-310

Peters ML et al. Do fibromyalgia patients display hypervigilance for innocuous somatosensory stimuli? Application of a body scanning reaction time paradigm. *Pain* 2000; 86: 283–292

Seminowicz, D. A., i Davis, K. D. Cortical responses to pain in healthy individuals depends on pain catastrophizing. *Pain* 2006; 120: 297-306

Sullivan MJ, Neish N. The effects of disclosure on pain during dental hygiene treatment: the moderating role of catastrophizing. *Pain* 1999; 79(2-3):155-163.

Tang NKY, Salkovskis PM, Hodges A, Wright KJ, Hanna M, Hester J. Effects of mood on pain responses and pain tolerance: An experimental study in chronic back pain patients. *Pain* 2008; 138(2):392-401.